FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 24

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alexandre KREMENTCHOUSKY

Né à Odessa, le 2 avril 1905

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYPHILIDES SECONDAIRES ATROPHIQUES

Président : M. GOUGEROT, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Alexandre KREMENTCHOUSKY

Né à Odessa, le 2 avril 1905

Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

SYPHILIDES SECONDAIRES ATROPHIQUES

Président : M. GOUGEROT, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactérioliogie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laringologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	BRANCA. MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BINET . . . . Physiologie.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentle
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE. . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.

MM.	
LÉRI	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de mon amour filial.

A MA FEMME

A MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur de Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qu'il reçoive ici l'expression de notre très vive reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait de présider notre thèse et pour la bienveillance qu'il a toujours bien voulu nous témoigner.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURNIER

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et a bien voulu nous aider de ses précieux conseils.

A NOS MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. SERGENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAUCLAIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. RATHERY

MONSIEUR LE DOCTEUR H. BOURGEOIS, laryngologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BERNARD

MONSIEUR LE DOCTEUR L. TIXIER, Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT, accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. GOUGEROT

PRÉFACE ET DÉFINITION

Il a toujours été admis que les éruptions syphilitiques maculeuses ou papuleuses de la période secondaire, persistent plus ou moins longtemps, puis disparaissent sans laisser de traces, si ce n'est une tache pigmentaire ou leucodermique.

D'un autre côté, dans la deuxième moitié du siècle dernier, des auteurs ont isolé, du groupe diffus des cicatrices, l'entité clinique et anatomo-pathologique des atrophies localisées ou en taches.

Plus tard enfin, on s'eperçut, que dans un certain nombre de cas, ces macules atrophiques étaient consécutives à des syphilides secondaires. Ce sont ces macules atrophiques, indélébiles, succédant à des syphilides maculeuses ou papuleuses de la période secondaire, qui feront l'objet de cette étude.

A propos de deux observations inédites, nous avons cru intéressant d'étudier, dans un travail d'ensemble, tous les documents qu'il nous a été possible de réunir sur cette question.

Malgré toutes nos recherches dans les bibliothèques de l'hôpital Saint-Louis et de la Faculté de Médecine de Paris, nous n'avons pu trouver de thèse se rapportant à ce sujet.

Nous tenons à exprimer ici notre très vive reconnaissance à notre Maître, M. le Professeur Gougerot, pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

Nous adressons de même nos très sincères remerciements

à M. le Dr Burnier, auquel nous devons le sujet de cette étude et qui a bien voulu nous communiquer ses idées et observations personnelles et nous aider de ses précieux conseils.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
SYPHILIDES SECONDAIRES ATROPHIQUES

PLAN

Nous nous guiderons pour cette étude sur le plan suivant :

Après la brève préface 1) ci-dessus :

2) Nous énumérerons brièvement les diverses appellations proposées pour désigner les éléments atrophiqnes post-syphilitiques secondaires ;

3) Nous rapporterons les deux observations inédites, auxquelles nous n'avons, malheureusement, pu joindre d'étude histologique ;

4) Pour faire l'historique de la question nous avons cru rationnel de passer en revue, en suivant, autant que possible, leur ordre chronologique, les diverses publications se rapportant à la question, en indiquant, au fur et à mesure, les opinions des auteurs sur l'étiologie, pathogénie et anatomo-pathologie des lésions ;

5) De tous ces cas nous essayerons de dégager un type classique moyen, que nous décrirons avec son évolution habituelle, en indiquant les principales formes cliniques ;

6) Nous agirons de même en ce qui concerne l'anatomie pathologique microscopique et essayerons de mettre en valeur les principaux caractères histologiques des lésions aux différents stades de leur évolution ;

7) Nous passerons en revue les opinions touchant à la question, si discutée, de l'étiologie des macules atrophiques ;

8) Nous ferons de même pour le chapitre de la pathogénie ;

9) Dans un chapitre de diagnostic différentiel, nous passerons en revue les principaux groupes cliniques pouvant en imposer pour des atrophies vraies ; nous essayerons ensuite de distinguer les syphilides atrophiques secondaires parmi les autres variétés de macules atrophiques ;

Les atrophies post-syphilitiques étant toujours indélébiles sauf, peut-être, une très légère atténuation avec le temps (pour certains auteurs), nous ne croyons pas utile de faire un chapitre concernant le pronostic des macules atrophiques.

Pour cette même raison, nous ne ferons pas de chapitre sur le traitement, celui-ci ne pouvant être qu'illusoire.

10) Nous terminerons enfin par un très bref chapitre de conclusions résumant cette étude ;

11) Bibliographie.

Synonymie

De nombreux termes ont été proposés pour désigner les éléments atrophiques qui nous occupent ; ces noms peuvent être schématiquement divisés en quatre groupes :

A) Pour insister sur les deux caractères de décoloration et atrophie :

Leuco-atrophies cutanées post-syphilitiques (Fournier).

Leuco-atrophie cutanée consécutive à des syphilides (Herscher).

Ces termes ont surtout l'inconvénient de ne pouvoir s'appliquer aux atrophies en cours, ou plutôt au début de leur évolution, où elles sont fréquemment pigmentées ou purpuriques.

B) Les termes rappelant les nombreux points de ressemblance des éléments atrophiques avec les vergetures de la grossesse :

Vergetures consécutives à des syphilides secondaires (Balzer).

Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires (Danlos).

Vergetures syphilitiques du tronc (Danlos).

Ces appellations, qui semblent abandonnées depuis 1899, présentent le désavantage de laisser de côté les formes ne s'accompagnant pas de stries et surtout de trop préjuger de la pathogénie des atrophies post-syphilitiques.

C) Les termes de :

Macules atrophiques succédant à des syphilides papuleuses (Balzer et Lecornu).

Macules atrophiques post-papuleuses (Balzer et Beaulieu).

Macules atrophiques syphilitiques (Danlos et Déherain).

Ont l'avantage de bien montrer qu'il s'agit là d'atrophies localisées. Nous ne leur ferons que le reproche de s'appliquer difficilement aux nombreuses atrophies avec éléments assez saillants à la vue et même au palper, malgré que cette saillie ne soit généralement formée que d'une mince couche dermo-épidermique couvrant l'atrophie du derme sous-jacent.

D) Enfin ceux qui envisagent uniquement l'atrophie, l'étiologie syphilitique des lésions et une particularité clinique, s'il y a lieu, proposent les termes de :

Syphilides atrophiantes (Mibelli ; Balzer et Deshayes ; Pinard et Rabut).

Syphilides papuleuses avec atrophie et hyperpigmentation (Hallopeau et François-Dainville).

Syphilides purpuriques atrophiantes (Milian et Perrin).

Nous adoptons pour titre de cette étude les termes de « syphilides atrophiantes », désirant insister sur l'étiologie

spécifique des lésions, tout en englobant les diverses formes cliniques (forme, saillance, coloration, etc.).

Nous avons toutefois tenu à ajouter aux mots « *syphilides atrophiantes* » celui de « *secondaires* », afin de bien spécifier les limites et le cadre de cet ouvrage.

Les auteurs allemands emploient surtout les désignations de :

Circumscripte Atrophie der Haut nach secundarer Syphilis (Oppenheimer).

Atrophia maculosa cutis (Leven).

Maculae atrophicae (Bohač).

Anetodermia cutis maculosa luetica (Bruhns).

Anetodermia nach Lues (Dreyer).

OBSERVATIONS INÉDITES

Observation I

G. Alice, âgée de 21 ans.

La malade eut un chancre syphilitique de la vulve en novembre 1921.

Un examen à l'ultramicroscope, montra la présence de spyrochètes et la réaction de Bordet-Wassermann fut positive (W. H-O).

La malade fut traitée, à partir du 14 décembre, par une série de *novarsénobenzol*. Elle a notamment reçu 6 injections à 0, 75 de 914.

Néanmoins, le 25 janvier 1922, la malade eut une éruption de syphilides papuleuses et acnéiformes des membres. Rapidement les lésions se généralisent à tout le corps. Elles présentent un aspect cyanotique-purpurique. Ces lésions sont habituellement isolées et séparées entre elles par des intervalles de peau saine, sauf en de rares points où elles sont confluentes.

Le 7 février on note au centre de certains éléments, une petite cicatrice centrale déprimée. Le Wassermann est toujours positif total.

Du 15 mars au 10 mai 1922, la malade reçoit une série de *sulfarsénol*.

A l'examen du 8 juillet, la teinte violacée des lésions diminue. La réaction de Wassermann demeure positive.

La malade reçoit alors des séries alternées de bismuth (*Curalués*) et de mercure (*Arqueritol*).

Le 5 septembre 1923, le Wassermann devient négatif.

La teinte violacée des lésions cutanées a disparu et il ne persiste que des petites macules atrophiques, arrondies ou ovalaires, lenticulaires; disséminées sur tout le corps, bleuâtres et déprimées. ressemblant à des cicatrices de varicelle (elles furent d'ailleurs prises pour telles à un examen de médecine générale à l'hôpital Tenon).

La malade fut revue en 1927. Les macules atrophiques persistent toujours, très visibles, bien qu'atténuées au point de vue coloration.

Observation II

Le malade âgé de 65 ans, vient consulter dans le service de notre Maître M. le Professeur Gougerot, à l'hôpital Saint-Louis, en octobre 1929, pour un prurit intense.

Il s'agissait d'une gale typique, mais au cours de l'examen, on était frappé par la présence de très nombreuses macules atrophiques disséminées sur tout le corps.

En interrogeant le malade, on apprit qu'il eut, 25 ans auparavant, c'est-à-dire en 1904 un chancre induré, traité par les pillules de Ricord.

Peu de temps après le chancre, et malgré le traitement, apparut un éruption très confluente de syphilides maculo-papuleuses, présentant une coloration violacée, brunâtre et tatouant tout le corps, à tel point que ses camarades l'auraient surnommé « l'homme-tigre ».

Ultérieurement les lésions pâlirent et la peau à leur niveau s'atrophia pour donner les lésions actuelles.

A l'examen du malade, on trouve sur le thorax, la région dorsale, la région lombaire et sur les membres, de nombreuses macules atrophiques, séparées par des intervalles de

peau saine, sauf au niveau des deux coudes où elles sont confluentes.

Ces macules sont arrondies ou ovalaires, des dimensions d'une pièce de 50 centimes à un franc.

Elles sont blanchâtres et légèrement en retrait sur la peau saine environnante. La peau à leur niveau est déprimée, gaufrée et striée de petits plis fins parallèles entre eux.

La pulpe du doigt semble pénétrer dans une dépression, une perte de substance du derme. Les plis disparaissent lorsqu'on tend la peau et s'exagèrent, au contraire, dans les mouvements relâchant la peau à leur niveau.

On fit une réaction de Wassermann, qui fut négative (H-8) et une première piqure de *Spirochtan*.

On ordonna au malade de revenir pour continuer le traitement.

Malheureusement celui-ci ne reparut jamais dans le service et la biopsie projetée ne put être pratiquée.

HISTORIQUE ET LITTÉRATURE

Jusque vers le milieu du siècle dernier, les macules atrophiques étaient confondues avec les cicatrices et décrites comme telles, par tous les auteurs.

Dans la deuxième moitié du XIX^e^ siècle plusieurs travaux ont permis d'isoler, de cet ensemble, le groupe des atrophies cutanées localisées et de les individualiser au double point de vue clinique et histologique ; puis on s'occupa d'en rechercher les diverses étiologies. Ces études se trouvent notamment résumées dans la thèse de Vasiliu (Paris 1890) et plus récemment dans un travail, très fouillé au point de vue historique et bibliographique, de Bohac̆ de Prague (1910). Les premiers travaux importants sur les caractères cliniques et anatomo-pathologiques des macules atrophiques en général ont été publiés par Robert Liveing en 1878 et Celso Pelizzari en 1884.

En ce qui concerne l'étiologie spécifique de certaines macules atrophiques, la première étude remonte à Wilson qui en 1868 publie le cas suivant, qu'il croit pouvoir rattacher à la syphilis, sans toutefois être formel dans ses conclusions :

« ... Nous avons récemment rencontré une nouvelle forme de « fausses cicatrices ou cicatrices spontanées de la peau que « nous ne pouvons appeler *stries*, car elles n'étaient point allon- « gées. Elles étaient de forme ronde ou ovalaire, mesurant 1/4 à « 1/2 pouce de diamètre et étaient dispersées sur les membres « et dans la région médiane du dos, le long de la colonne ver- « tébrale.

« Le malade, un homme de 26 ans, a attiré lui même notre « attention sur ces nombreuses taches brillantes, dont la cou- « leur différait à peine de celle des téguments sains et qui se « trouvaient sur le même plan que la peau environnante.

« En pressant sur la peau qui entoure les éléments, ces taches « prenaient une apparence de puits profonds recouverts par « une fine pellicule, d'aspect cicatriciel et qui se fronçait, se plis- « sait sous la pression.

« Il était évident que le tissu normal de la peau avait disparu « et que ces tâches arrondies ou ovalaires avaient une structure « analogue à celle des vergetures atrophiques de la grossesse.

« Ces éléments ont apparu vers l'âge de 20 ans ; leur nombre « a progressivement augmenté et ils devinrent légèrement pru- « rigineux.

« Le malade est pâle et maigre et sa peau est mal nourrie.

« Il avait passé deux ans dans les Indes ; il y a souffert de « dyspepsie, de troubles hépatiques et de syphilis ; et il n'est « nullement improbable que ces macules atrophiques soient « consécutives à des taches congestives syphilitiques de la peau.

« Il n'y a jamais eu de tubercules ni d'ulcérations.

De même que pour les vergetures, l'auteur explique leur pathogénie par une théorie selon laquelle les papules syphilitiques auraient mécaniquement dissocié et rendu lâches les fibres élastiques du derme.

* * *

Depuis, Fournier en France, Kaposi et Mibelli à l'étranger, parlent des macules atrophiques post-syphilitiques dans leurs traités. (v. bibliographie).

Fournier, dans son *Traité de la Syphilis*, consacre un chapitre spécial aux *leuco-atrophies cutanées, post-syphilitiques*.

Sous le titre de *Résultats des syphilides secondaires et leuco-atrophies cutanées*, l'auteur étudie les quatre évolutions possibles des syphilides secondaires :

« 1) Dans l'immense majorité des cas, les syphilides dispa- « raissent sans laisser de stigmates quelconques.

« 2) Il peut rester des macules pigmentaires qui persistent « plus ou moins longtemps et finissent toujours par disparaître « complètement.

« 3) Certaines lésions du groupe des syphilides sub-ulcéreuses « aboutissent à des cicatrices superficielles, à fleur de peau, qui « disparaissent avec le temps ou laissent des stigmates insigni- « fiants, négligeables.

« 4) Enfin elles laissent persister des stigmates définitifs « auxquels j'ai donné le nom de *leuco-atrophie, succédant aux « syphilides secondaires.*

« Cette leuco-atrophie est très rare (j'en ai rencontré 4 cas) « et je crois être le premier à les rattacher à leur véritable cause.

« Elle consiste en un semis de macules blanches et atrophi- « ques, consécutives à des syphilides secondaires qui, d'es- « sence, semblent ne les motiver en rien.

« Leurs particularités sont :

« a) Ce sont des taches d'un blanc opalin ou blanc mat laiteux, « se détachant fortement sur les téguments sains. Elles sont « arrondies ou ovalaires et de dimensions variables entre celles « d'une lentille et d'une amande.

« *b*) Ces taches présentent un certain plissement de surface : « leur cuticule épidermique semble comme froncée, fripée, on « dirait qu'elle est trop grande pour l'étendue de téguments « qu'elle recouvre et, de plus, elle n'adhère que d'une façon « incomplète au derme sous-jacent sur lequel elle paraît quelque « peu mobile. Cela sans apparence de cicatrice.

« Puis, si l'on vient à toucher telle ou telle de ces taches avec « la pulpe du doigt, on éprouve la sensation très nette d'une lé- « gère dépression à ce niveau, d'une encoche, comme s'il man- « quait là une portion du derme. Cette sensation de « *creux* », de « *vide* » devient même une réalité incontestable sur quelques « points où le doigt semble pénétrer dans une petite cupule creu- « sée aux dépens du parenchyme cutané. En ces points, bien ma- « nifestement, le derme a perdu une partie de son épaisseur nor- « male. D'une façon ou d'une autre, pour une raison ou pour « une autre il s'est *atrophié*, comme dans les vergetures consécu- « tives à la grossesse. D'où le nom de vergetures secondaires « qui a été proposé pour ces taches par le Dr Balzer.

« Du reste, cette atrophie, tout au moins sous forme d'étire- « ment du derme, a été positivement constatée dans quelques « biopsies, par les Drs Darier et Chibret, qui disent avoir cons-

« taté au niveau de ces macules « une rupture du réseau élastique, « comme dans les vergetures ».

c) « Ces macules atrophiques succèdent *in-situ* à des éléments « éruptifs d'une simple syphilide papuleuse, papulo-squameuse « ou papulo-croûtelleuse. Insensiblement et à l'insu du malade « elles ont pris la place des papules initiales, après aplatissement, « décoloration et effacement complet des dites papules.

« Le malade s'aperçoit un jour qu'il est « tigré de blanc » « juste aux endroits où il était quelques mois auparavant « tigré « de rouge. »

La pathogénie de ces lésions est tout à fait inexpliquable pour l'auteur. Fournier note toutefois, sans interprétation aucune, que sur ses quatre malades, deux ont eu un amaigrissement très prononcé après l'éruption.

En 1886, Fournier dépose au musée de l'Hôpital Saint-Louis deux moulages d'une de ses malades :

Le nº 1149 (vitrine 59) montre des syphilides pigmentaires du cou avec taches leucodermiques ne paraissant pas atrophiques.

Le moulage nº 145 (même vitrine) par contre, représente un côté du dos de la même malade, couvert d'un grand nombre de macules atrophiques ou vergetures syphilitiques, d'aspect tout à fait typique.

* * *

En 1887 la première observation est publiée par Nivet, d'une malade du service Fournier, sous le titre de « *Macules atrophiques cutanées ayant succédé à la résorption interstitielle d'une syphilide secondaire généralisée.*

T..., âgée de 56 ans, blanchisseuse, entre le 27 mars 1887 à Saint-Louis pour ulcérations gommeuses de la jambe.

La syphilis remonte à environ deux ans et demi, époque où la malade fut soignée à l'hôpital pour une syphilide papuleuse confluente.

Actuellement on trouve :

1° Une syphilide pigmentaire, de couleur café-au lait, tout autour du cou.

2° Disséminées sur le crâne, des plaques rondes ou ovalaires, tranchant, par leur couleur blanchâtre, sur la peau voisine et présentant, à leur surface, un plissé remarquable.

Ce plissé peut être effacé complètement en étalant la peau. Il provient du froncement de la peau, devenue trop grande pour les parties sous-jacentes. Il a surement succédé à des syphilides secondaires, dont les éléments ont subi une résorption interstitielle, la malade ayant beaucoup maigri dans ces derniers temps à la suite de privations.

La malade présente, de plus, un ulcère de la jambe gauche et une iritis avec synéchies et opacité du cristallin.

* * *

Quelques semaines après, Balzer présente à la *Société Médicale des Hôpitaux*, deux autres malades atteintes de « *Vergetures consécutives à des syphilides secondaires.* »

X... âgée de dix-sept ans, domestique, entre en février 1886 à l'hôpital de Lourcine pour vaginité.

La malade est enceinte de 5 mois et a la syphilis depuis au moins 5 mois, puisqu'elle fut soignée à ce moment pour roséole, alopécie et plaques muqueuses vulvaires.

Depuis cette époque elle présente les lésions actuelles, qui, siégeant toujours aux mêmes endroits, auraient tendance à foncer leur coloration.

La plupart des vergetures du ventre paraissent dues à la grossesse et sont allongées vers la ligne médiane.

Certains éléments du ventre, de même que ceux du dos, des lombes, creux du jarret, épaules, cou et poitrine, sont par contre arrondis. Ils sont violacés; certains sont saillants, d'autres déprimés. Beaucoup d'éléments présentent des stries rapprochées comme dans les vergetures de la grossesse.

Le doigt a la sensation manifeste d'une lacune, d'un trou dans le derme; il perçoit les bords de la cupule.

Le début de ces éléments, leur aspect, leur distribution et

aussi leur légère pigmentation, sont en faveur de vergetures post-syphilitiques.

Cependant les syphilides ont pu n'agir qu'en diminuant la résistance du derme, qui s'est laissé plus facilement léser par la distension due à la grossesse.

La deuxième observation concerne le cas de :

D..., âgée de vingt-deux ans, journalière, qui entre à l'hôpital le 1er septembre 1887.

Elle accouchait à 17 ans d'un enfant bien portant.

La syphilis date de 4 ans. Elle fut alors soignée à l'hôpital de Lourcine pour une éruption de papules saillantes, dures et rouges alopécie et syphilides du cuir chevelu et plaques muqueuses buccales. Au bout de deux mois, elle sortit d'hôpital, ne conservant sur tous les points où avait siégé l'éruption, que des dépressions rougeâtres ou même noirâtres et que nous retrouvons décolorées.

Actuellement, la malade est enceinte de 7 mois.

Sur le ventre et les cuisses on trouve de nombreuses vergetures, allongées, surement dues à la première grossesse.

Les vergetures qui siègent à la place des anciennes syphilides cutanées, sont surtout nombreuses sur le thorax et l'abdomen, avec quelques éléments au cou, aux bras et à la face.

Elles sont arrondies ou ovalaires, quelques-unes violacées, Elles sont plus ou moins saillantes, mais leur centre se déprime et cède facilement sous la pression du doigt. L'épiderme forme de petits plis, disposés en stries sur leur surface.

En certains points ces vergetures sont très superficielles et la palpation montre que la lésion n'a entamé que les couches les plus superficielles du derme.

La première grossesse ayant pu créer chez cette malade une moindre résistance du derme (son rôle étant, toutefois, selon toute vraisemblance, très secondaire), l'auteur s'abstient de tirer une conclusion de ce cas, de même que de l'observation précédente, la malade étant également enceinte.

* * *

L'année suivante (1888), Balzer publie un nouveau cas, bien plus démonstratif, de « *Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique* ».

Il s'agit d'un homme de 29 ans qui a contracté au mois d'octobre 1886 une syphilis, qui fut traitée à ce moment.

Après un chancre de la lèvre, il eut une roséole qui disparut rapidement. Vers le mois de mai ou juin 1887, apparut une éruption papulo-squameuse, disséminée, siégeant principalement sur le tronc. Celle-ci céda aux frictions à l'onguent napolitain et à l'iodure de potassium, mais fut suivie de lésions cutanées d'apparence atrophique, insensibles au traitement.

Ces vergetures ou macules atrophiques sont peu nombreuses : 3 au devant des épaules, deux dans le dos et une dans l'aine droite. Ces dépressions sont arrondies ou éliptiques et leur aspect, à part la forme, est très comparable à celui des vergetures banales. Elles ont la dimension d'une pièce de 50 centimes environ et, à leur niveau, l'épiderme est un peu plissé et paraît mobile sur les plans sous-jacents.

Le doigt a la sensation d'une encoche, d'une perte de substance dans le derme. Pourtant il n'y a aucune apparence de cicatrice mais seulement un peu de rougeur.

L'auteur insiste sur le fait qu'il s'agit d'un homme, contrairement aux observations précédentes ne concernant que des femmes, les femmes présentant, même en dehors de la gravidité, une prédisposition bien plus marquée aux vergetures que l'homme.

De plus, il est à noter que l'embonpoint modéré, habituel du malade n'a pas changé au cours ni à la suite de sa maladie.

* * *

Dans une séance de 1889 de la *Société Française de Dermatologie*, Balzer et Reblaub présentent le cas très intéressant de macules atrophiques après un érythème polymorphe, sur lequel nous reviendrons à propos du diagnostic.

Dans cette même séance, les auteurs citent le cas d'un malade venant consulter pour des syphilides ulcéreuses et dont le dos présente plusieurs stigmates vergeturoïdes, vestige d'ancienne éruption papuleuse;

Ils citent plus loin le cas d'un autre malade de 50 ans, qui avait contracté la syphilis en avril 1887. La syphilis secondaire s'était annoncée chez lui par une fièvre très élevée avec un état typhoïde. La roséole et les plaques muqueuses furent suivies d'une éruption généralisée de syphilides papulo-lenticulaires à éléments saillants, durs et de coloration cuivrée très accusée. L'éruption a persisté, malgré un traitement très énergique, pendant plus d'un an.

On trouvait en même temps des nodosités ou papules sous-cutanées, de même nature, évidemment, et aussi tenaces.

Cette éruption ne fut suivie que d'un petit nombre de cupules atrophiques et dont certaines apparurent en des endroits où il n'y eut auparavant aucune lésion, appréciable par la vue ni par le palper.

Nous croyons intéressant de citer, à propos de cette dernière phrase, que M. Darier a, lui aussi, insisté sur la fréquence des macules post-syphilitiques secondaires, survenant en des endroits ou il n'y eut ni papules ni macules cliniquement appréciables.

* * *

En 1890, Vasiliu rapporte, dans une thèse de Paris, consacrée aux vergétures en général et aux *vergetures arron-*

dies, en particulier, certains des cas ci-dessus mais n'apporte aucun cas nouveau sur la question qui nous intéresse.

* * *

Ed. Oppenheimer, en 1891, apporte une nouvelle observation d'atrophies après des syphilides secondaires. Ce cas tire surtout son intérêt d'une biopsie qui l'accompagne.

« W... Jacob, âgé de 25 ans, tailleur, eut deux chancres de la « face externe du prépuce en janvier 1890 et présenta en mai « de la même année une éruption siégeant sur le thorax, le dos « et les extrémités, avec prédominance à l'abdomen, sous forme « de taches rouges-bleuâtres. De plus, au niveau des membres « inférieurs, on trouve des papules lenticulaires, recouvertes de « croûtelles, confluentes par endroits en ulcérations du type ser- « pigineux. En mai et juin également il eut une angine et pré- « senta de la chute des cheveux. Le visage est toujours resté « indemne.

« A l'examen, en octobre 1890, on remarque à l'endroit des « chancres, deux petites cicatrices, superficielles, non indurées « mais fortement pigmentées. Petites adénopathies : inguinale « bilatérale, avec prédominance à gauche, sous-maxillaire « gauche, sous-occipitale et axillaire bilatérales.

« Sur tout le corps, sauf au visage, on trouve des taches, du « volume d'une lentille à celui d'une petite pièce de monnaie, « arrondies ou ovalaires, confluentes à l'abdomen. Elles ont une « coloration rouge-brun ou bleuâtre (faisant penser à la phtiriase « pubienne), pâlissant à la pression.

« Ces taches sont tantôt légèrement saillantes, tantôt, au con- « traire, en retrait de 1 mm. environ sur le plan de la peau.

« Elles sont, de plus, plissées, de plis fins, tantôt spontanés « (dos), tantôt n'apparaissant qu'après relâchement de la peau « (cou, bras, abdomen) ; ces plis suivent la direction des plis « normaux de la peau (Langer).

« La biopsie, portant sur des taches plissées et en un endroit « qui n'a jamais été le siège d'une ulcération, montre : une infil- « tration de petites cellules, diminuant de la couche papillaire « vers la profondeur et atteignant son maximum autour des

« vaisseaux, follicules pileux et glandes sébacées et sudoripares.
« Infiltration diminuant vers la périphérie de l'élément atrophié.
« L'épiderme paraît diminué d'épaisseur, les fibres élastiques
« sont partout relativement nombreuses.
« Le microscope ne permet pas d'expliquer les raisons du
« plissement et de la dépression de la peau. »

* * *

En mai 1897, Danlos présente à la Société Française de Dermatologie un cas de *Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires.*

« Il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, syphilitique depuis six ans.
« Le tronc, dans sa totalité, est parsemé de saillies rondes ou
« ovalaires, grandes, en moyenne, comme une pièce de 50 cen-
« times. Elles sont confluentes par endroits, blanches, d'appa-
« rence cicatricielle et faisant un relief tel qu'on les prend, à pre-
« mière vue, pour des chéloïdes. A leur niveau, la peau est
« amincie, ce qui différencie ces éléments des saillies chéloï-
« diennes ; le relief tient simplement à la diminution de la résis-
« tance du derme, qui cède à la tension intérieure.
« Dans les mouvements de flexion les surfaces malades se
« couvrent d'une série de plis parallèles, très fins, qui donnent
« l'idée d'une pellicule. Le malade ne présente aucun trouble de
« la sensibilité.
« Cet état est stationnaire et paraît remonter à la période se-
« condaire de la syphilis. Le malade dit que les atrophies ont
« été précédées par une roséole papuleuse mais ne peut affirmer
« que les éléments atrophiques aient succédé *in situ* à des saillies
« papuleuses. L'affection est absolument limitée au tronc.
« On ne trouve aucun autre facteur étiologique que la syphilis. »

La lecture de cette observation fut suivie d'une discussion au cours de laquelle :

M. Darier dit avoir vu des cas semblables et fait noter que dans certains cas ces vergetures ne sont pas précédées de papules ou macules apparentes.

Wickham, en a vu des cas toujours nettement consécutifs à des syphilides papuleuses.

Thibierge affirme que les lésions histologiques de ces macules sont identiques à celles des vergetures vulgaires.

Fournier, enfin, oppose les macules atrophiques succédant toujours à des syphilides maculo-papuleuses, aux syphilides pigmentaires, qui, elles, apparaissent d'emblée.

* * *

En 1898, nouveau cas que Danlos présente à la *Société de Dermatologie*. Cas un peu atypique par l'infiltration de certains éléments.

« R..., âgé de 37 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital « pour orchite blennorragique.

« A l'examen on remarque sur son corps d'innombrables « macules atrophiques d'origine syphilitique. La vérole remonte « à huit ans. 4 mois 1/2 après le chancre, apparut une éruption « très abondante, presque uniquement limitée au tronc, et qui, « d'après le récit du malade, semble avoir été une syphilide « papuleuse. L'éruption, caractérisée par des saillies plates, « avait été précédée de céphalées, peut-être de plaques mu- « queuses. Il ne se produisit ni suppuration ni démangeaisons.

« La disparition de la poussée éruptive a laissé l'état actuel.

« Bien qu'il n'ait pas été fait de traitement, il semble que « depuis lors la vérole n'a pas eu de retours offensifs.

« Actuellement le malade est dans l'état suivant : le tronc, « dans sa totalité, mais principalement dans ses deux tiers infé- « rieurs, en arrière et sur les côtés, est couvert de saillies d'as- « pect cicatriciel. Inférieurement, la limite de celles-ci corres- « pond assez exactement à la limite supérieure du bassin ; en « haut les vergetures se perdent, pour ainsi dire, en mourant, « sur le cou, les épaules et le haut des bras où elles ne dessinent « plus que de simples maculatures blanches sans saillie. Les « vergetures assez largement espacées en haut, deviennent « presque confluentes dans la région lombaire.

« Elles constituent là des éléments de grandeur variable, dont

« les plus petits, régulièrement arrondis ont la dimension d'une « lentille, les plus grands, de forme ovalaire, mesurent environ « 1 cm sur 1 cm. 1/2. Envisagés en eux-mêmes, ces éléments « sont blancs, pseudo-cicatriciels, surmontés par les orifices « agrandis des glandes pilo-sébacées, qui leur donnent un aspect « en peau d'orange.

« Cette analogie d'apparence, est rendue plus frappante encore « par la saillie des vergetures, qui font sur la peau saine, un « relief assez fort. Ce relief varie d'ailleurs suivant l'attitude du « malade. Quand celui-ci s'incline vers l'observateur, la saillie « des vergeture augmente, comme si elles se boursouflaient par « une pression intérieure et l'on voit s'y dessiner des plis horizon- « taux superposés et parallèles. Dans l'attitude inverse, les plis « s'effaçent, et partiellement aussi le relief.

« Toutefois sur nombre de points le relief ne disparaît pas « entièrement à la vue, et même sous la pression du doigt l'effa- « cement n'est pas complet. La main passant sur la région ver- « getée, perçoit au niveau de ces cicatrices une résistance mame- « lonnée irréductible. »

L'auteur insiste sur la permanence partielle des saillies, même à la pression, contrairement à l'observation précédente, ce qui le fait penser à une hypertrophie des fibres conjonctives (chéloïde) s'ajoutant à l'atrophie des fibres élastiques.

A propos de l'étiologie, le passage des papules en cicatrices n'a pas été ici observé avec certitude (contrairement à deux autres cas antérieurs). Aucune autre cause déterminante que la syphilis ne peut être admise pour l'auteur, qui fait, toutefois, jouer un rôle possible à l'amaigrissement du sujet avant le développement de la syphilis. Il rattache la production de ces vergetures à un défaut général d'élasticité de la peau.

* * *

Dans le courant de 1899, la littérature s'enrichit de 3 cas nouveaux :

Dans le premier cas présenté par Danlos à la *Société de Dermatologie* sous le titre de *Vergetures syphilitiques du tronc*, il s'agit d'une femme dont les vergetures étaient un peu particulières et d'un diagnostic malaisé à cause de l'éruption prurigineuse qui les précédait.

Mme X..., âgée de 20 ans, s'est mariée le 10 juin 1897 avec un jeune homme sain en apparence, ou, du moins, qui croyait l'être.

Le 30 août, elle faillit être écrasée par la chute d'un candélabre et en ressentit une violente frayeur Quinze jours plus tard, une éruption se manifesta sur le corps.

Au commencement de novembre 1897 la malade entre au pavillon Emery. Elle était alors couverte d'une syphilide papuleuse, presque confluente sur le tronc, et extrêmement prurigineuse. M. Fournier, à qui je montrais la malade en raison de cette particularité rare, fit le diagnostic de syphilide maligne précoce.

On ne put retrouver l'accident primitif. Seule l'éruption papuleuse, jointe à quelques plaques muqueuses (vulvaires et buccales) et à des maux de tête avec alopécie, révélait la syphilis.

Depuis son accident la malade était très nerveuse et c'est là, sans doute, la cause de son prurit, qui disparut complètement après quelques douches tièdes.

La syphilide papuleuse, évolua régulièrement, la malade étant mise au traitement spécifique. Quand elle quitta l'hôpital, à la fin de janvier, les papules étaient fortement pigmentées et en voie d'affaissement.

Aussitôt sortie de Saint-Louis, la malade devint enceinte et revint nous consulter dans les premiers jours d'avril.

On constatait dès ce moment sur nombre de points, au niveau des macules pigmentées, les premiers indices des vergetures.

Depuis lors, le processus a évolué lentement, l'état maculeux pigmenté persistant seul (malade très brune) et se compliquant d'atrophie en d'autres points.

Jamais, à aucun moment, rien ne se produisit qui pût faire penser à une ulcération. Il y a eu, purement et simplement, résorption interstitielle des papules et ce travail très long ne semble pas terminé, malgré les 16 mois écoulés depuis le début de l'éruption. La grossesse a suivi son cours régulier et pendant

toute sa durée la malade fit des frictions quotidiennes avec de l'onguent napolitain, sans avoir jamais présenté de stomatite.

L'enfant, venu à terme, pesait 8 livres et serait mort pendant le travail. On n'aurait constaté sur lui aucune éruption.

Depuis l'accouchement la santé générale est excellente et aucune manifestation syphilitique nouvelle ne s'est produite.

Ici, évolution nette, *in situ*, d'une syphilide papuleuse en vergetures, évolution que l'on put suivre au fur et à mesure.

* * *

La deuxième observation de 1899, présentée par Danlos à la Société de Dermatologie, concerne Mlle X..., 25 ans, qui eut en mars 1898 un chancre de la langue et présenta en juin suivant une syphilide probablement papuleuse, pour laquelle elle avait été soignée à l'hôpital de Versailles.

Aujourd'hui cette éruption n'est plus représentée que par des macules pigmentées et atrophiques, disséminées sur le tronc, les épaules, les flancs et le haut des membres. L'atrophie cutanée se révèle par l'aspect cicatriciel et par de fins plis parallèles, apparaissant dans les mouvements de flexion du corps vers l'observateur.

Le processus de résorption n'est pas terminé, car la pigmentation persiste encore et le fait ne paraît pas surprendre puisque le travail d'atrophie demande (cas antérieurs) de 18 mois à deux ans.

Le chancre de la langue se révèle encore, après 14 mois, par une induration très appréciable.

* * *

Le troisième cas de l'année est présenté par Herscher, à la *Société de Dermatologie*, sous le titre de « *Leuco-atrophies cutanées et chéloïdes consécutives à des syphilides* ».

L'intérêt de ce cas est d'opposer les lésions post-syphilitiques secondaires à celles résultant de lésions à caractères tertiaires.

L'auteur cite le cas d'une femme de 31 ans présentant des syphilides atrophiques ayant succédé *in situ* à des papules de la période secondaire.

La malade présente en outre des cicatrices succédant à des lésions tertiaires et une syphilide lupiforme du nez.

Les cicatrices, ayant pris la place des lésions II, sont de faibles dimensions, sauf à la partie gauche du thorax où elles confluent en placards ; elles sont blanches, légèrement déprimées, allongées dans le sens transversal et rappelleraient absolument les lésions décrites par Fournier sous le nom de *leucoatrophies cutanées syphilitiques*. 2 vergetures siégeant au cou, sont entourées d'une zone pigmentée.

Par contre, les cicatrices succédant aux lésions tertiaires sont : 1° ou bien lisses, de 3 à 6 cm. environ de diamètre, à centre brillant, gris rosé, pigmentées à la périphérie.

2° D'autres lésions présentent tous les caractères des chéloïdes et sont irrégulières, exubérantes, etc.

* * *

En 1900, Mibelli présente un cas de macules atrophiques chez un syphilitique, à la *réunion médico-chirurgicale de Parme*.

* * *

En 1901, le *bulletin de la S. F. de D et S.* publie un cas de Balzer et Lecornu, intéressant en ce sens que les auteurs ont pû assister aux diverses phases de la transformation des papules syphilitiques en macules atrophiques.

P. E..., âgé de 21 ans, imprimeur, contracta un chancre de la rainure balano-préputiale en avril 1900.

1 mois après, apparut une roséole, traitée à l'hôpital Ricord, pendant 1 mois, avec deux pilules par jour de protoiodure de Hg.

Le 19 juillet 1900, le malade entre à Saint-Louis avec une syphilide secondaire à éléments papuleux disséminés sur tout

le tronc, les membres supérieurs et la face. Mis au traitement, il sortait d'hôpital à la fin de juillet, l'éruption étant très effacée.

Le 6 septembre, malgré la continuation du traitement, le malade rentre à Saint-Louis pour une nouvelle poussée très intense de syphilides papuleuses en nappe, disséminées sur le tronc et le cou, moins nombreuses aux membres. Les papules étaient larges, arrondies, peu saillantes, remarquables par une coloration rouge-cuivre ; elles sont très intenses, très rebelles et obligent le malade à faire un long séjour à l'hôpital.

Aux pilules on ajouta des frictions avec une pommade au calomel forte. En novembre, l'éruption ayant pâli un peu, le malade sortait d'hôpital mais continua à se traiter jusqu'en janvier 1901.

Les éléments persistent pendant les premiers mois de l'année, en pâlissant très lentement. Le 21 juin 1901, le malade revient consulter et on constate que l'éruption, encore très visible, est constituée par des macules qui sont en voie de disparaître ;mais on, est frappé de l'état d'atrophie de la peau qui accompagne cette régression des papules syphylitiques.

Cet état atrophique est appréciable à la face, au cou, à la partie supérieure du thorax et aux membres supérieurs, car ailleurs l'éruption a disparu sans laisser de traces, si ce n'est, aux membres inférieurs, quelques macules pigmentées.

A la face il existe plusieurs macules ovalaires,de la dimension d'une pièce de 50 centimes, à un franc, d'une coloration rouge foncé. Au niveau de ces macules, la peau semble déprimée, tandis qu'à la périphérie elle paraît saillante et plus épaisse. Au toucher, l'atrophie de la peau est encore évidente : la pulpe du doigt, appliquée à ce niveau,éprouve la sensation d'une dépression.

Au cou et à la partie supérieure du thorax, il existe des éléments analogues d'un rouge sombre, avec atrophie commençante de la peau. Mais à côté de ces macules rougeâtres, on observe sur les parties latérales du cou, quelques petites plaques ovalaires, blanchâtres, se détachant par leur coloration, de la peau voisine, qui est à peine pigmentée, car il n'existe pas, à proprement parler, de syphilides pigmentaires.

A leur niveau, la peau est légèrement plissée, froncée, elle paraît déprimée, ce que confirme la sensation éprouvée par la pulpe du doigt, qui, appliquée à leur niveau, pénètre dans une dépression cupuliforme.

Aux membres supérieurs et au tronc on n'observe pas de plaques de leuco-atrophie cutanée, mais seulement des macules encore rouges, analogues à celles de la face, assez nombreuses et au niveau desquelles l'atrophie paraît déjà assez prononcée.

Dans cette observation, les auteurs ont pû assister aux diverses phases de la transformation des papules en syphilides atrophiques : « aplatissement de la papule qui se « décongestionne et donne au doigt la sensation d'une « dépression cupuliforme dans le derme ; en d'autres « endroits, plissement de la peau, aspect légèrement gau- « fré, indiquant que le processus atrophique n'atteint pas le « même degré sur tous les points de la papule en régres- « sion ; ailleurs, enfin, tendance plus marquée à la forma- « tion d'un écartement des faisceaux du derme et d'une véri- « table dépression vergeturoïde ».

* * *

En 1903, un autre cas est présenté par Balzer et Faure-Beaulieu à la *Société de Dermatologie* au sujet de « *Macules atrophiques post-papuleuses* ». Ainsi que le précédent, ce cas nous permet d'insister sur la pigmentation intense des éléments observés pendant la période d'atrophie.

G..., âgé de 35 ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Louis le 20 février 1903. Il eut un chancre induré en août 1902. Avant cicatrisation de ce dernier, il présenta une roséole qui a duré un mois.

Vers le mois d'octobre 1902, il eut des plaques muqueuses une laryngite syphilitique et une forte pigmentation de la nuque ; ces deux derniers symptômes persistent encore.

A l'examen, on trouve en outre que sur le fond fauve-brunâtre très foncé de la nuque, se détachent des petits ilôts décolorés, au niveau desquels, la pulpe du doigt sent une légère dépression.

Dans le dos on trouve de nombreux éléments maculeux, des dimensions d'une pièce de vingt centimes, en moyenne, confluentes vers les lombes. Ce sont des taches rosées ou cuivrées, d'aspect gaufré et plissé. Le doigt, à leur niveau, s'enfonce dans une légère dépression cupuliforme, dont les bords sont nettement perceptibles.

Sur la face antérieure du tronc, on trouve des macules beaucoup plus petites et plus disséminées ; au niveau de certaines, l'atrophie est même plus nette à la vue et au toucher que sur celles du dos.

Sur les membres supérieurs, on trouve des éléments semblables mais à caractères atrophiques moins marqués.

Sur les membres inférieurs, il existe quelques taches analogues mais beaucoup plus rares. Elles sont fortement pigmentées ; certains éléments, un en particulier, sont beaucoup plus atrophiques que sur le tronc, à tel point que la dépression de l'épiderme devient perceptible à la vue.

Il est à noter que, tandis que les éléments dépigmentés, de la nuque sont entourés d'une pigmentation diffuse, plus ou moins forte, il n'existe pas de pigmentation autour des macules atrophiques du tronc et des membres supérieurs.

Les auteurs signalent qu'il leur est plusieurs fois arrivé de s'attendre à des macules atrophiques à la suite de papules volumineuses à centre cupuliforme et déprimé et qui paraissaient bien devoir dissocier les éléments du derme, et où, au moment de la résolution, celui-ci se reparaît complètement sans laisser de traces. Au contraire, dans d'autres cas on observe des macules atrophiques consécutives à des éléments très discrets, ayant souvent passé inaperçu.

Il s'agirait vraisemblablement d'éléments papuleux, dont l'évolution aurait tendance à se faire plus en profondeur qu'en surface.

* * *

En un article très bref du bulletin de la S. F. de D. et S. du 1er mars 1906, Danlos et Deherain rapportent le cas d'un

« malade entré pour zona cervical et dont le tronc était cou-
« vert de plaques atrophiques arrondies, caractéristiques d'une
« syphilis antérieure. Ces plaques avaient succédé, comme
« cela est la règle en pareil cas, à une syphilide papuleuse
« très abondante. Chaque macule est ovalaire, blanchâtre.
« Lorsqu'on relâche la peau à ce niveau, apparaissent des
« vergetures parallèles qui strient la plaque, mais dispa-
« raissent lorsqu'on tend la peau ».

* * *

Dans ce même numéro de 1906, Balzer et Deshayes citent une observation que nous croyons utile de reproduire in-extenso.

Elle est intéressante par l'étude détaillée qu'on fût à même de faire d'éléments plus ou moins complètement atrophiés.

Elle est également intéressante par les idées concernant l'étiologie et pathogénie de ces atrophies, que les auteurs exposent à son propos.

« X... Chaudronnier, âgé de 40 ans, entre dans le service pour
« une éruption limitée aux jambes et aux cuisses. Il s'agit en
« réalité de syphilides pustuleuses qui s'améliorent rapidement
« sous l'influence du traitement spécifique.

« Le malade eut un chancre induré il y a un an, suivi, 1 mois
« après d'une éruption de syphilides, allant du cou à la racine
« des cuisses, qui persista 6 semaines environ. Vers la même
« époque, plaques muqueuses périanales.

« A l'examen on trouve, à l'emplacement des papules dispa-
« rues, des petites macules, à peine décolorées et qui seraient à
« peine visibles, si leur surface n'était plissée, comme gaufrée.
« Elles sont arrondies ou ovalaires ; leur aire est déprimée, for-
« mant une sorte de cupule, dont la teinte est légèrement bleuâtre,
« quand on les regarde à jour frisant. Dans le dos, surtout du

« côté droit, où elles sont très nombreuses, leur réunion donne « à la peau un aspect absolument chagriné.

« Au niveau des plis de flexion, leur forme s'allonge, en sui- « vant assez naturellement les plis cutanés. Les macules semblent « s'effacer quand la peau est tendue artificiellement ou par un « mouvement du malade. Elles s'accusent, au contraire, quand « la peau est ramenée dans un sens de flexion. Leur ensemble « offre, à la surface du tronc, la disposition caractéristique des « éruptions roséoliques ou papuleuses de la période secondaire ; « elles paraissent rangées en séries qui suivent la direction des « côtes. Ce reliquat d'éruption est évidemment indélébile, e « cependant ce ne sont pas des cicatrices ; En effet, si on déplisse « la macule, on s'aperçoit que le fond est formé de la peau nor « male, qui n'a ni la blancheur ni la rétraction d'une cicatrice. « On ne voit même plus le contour de la macule, quand la peau « est bien étalée. A cet égard la comparaison avec les cicatrices « vaccinales du sujet, est tout à fait concluante.

« Il faut remarquer encore : 1° beaucoup de macules, princi- « palement au niveau du dos, conservent une coloration un peu « rosée, qui semblerait indiquer que le processus n'est pas « encore complètement terminé en ces points ; 2° c'est la coïnci- « dence d'une pigmentation diffuse de la peau qui entoure les « macules et qui est localisée au cou et aux aisselles ; pigmenta- « tion très légère et semblable à celle de la syphilide pigmentaire.»

Les auteurs insistent sur le fait que l'éruption, qui a précédé les macules, a été, malgré son étendue, à peine remarquée par le malade. Dans la plupart des cas semblables l'éruption maculogène passerait inaperçue du malade, ce qui s'expliquerait par le siège de l'infiltration papulaire dans l'épaisseur du derme. Les macules atrophiques suivent généralement des infiltrations papuleuses, qui se forment au dessous du chorion papillaire et du derme et pénètrent jusqu'à l'hypoderme, en suivant les vaisseaux.

Si l'on examine les macules atrophiques les mieux formées, on constate qu'elles ont généralement la forme d'une cupule conique, au niveau de laquelle le derme semble avoir disparu.

Lorsqu'il s'agit d'infiltrations papuleuses intradermiques et n'arrivant pas jusque dans le chorion papillaire, on conçoit que l'éruption puisse facilement passer inaperçue.

Les auteurs ont observé de telles papules, purement intradermiques, au cou, dans certaines syphilides pigmentaires.

Ils distinguent donc : 1° des papules superficielles, qui ne donnent pas lieu à la formation des macules atrophiques avec éraillure du derme, mais seulement un petit plissé ou gaufrage très superficiel ; 2° des papules intradermiques, dont l'évolution produit l'éraillure du derme et la dépression cupuliforme caractéristique.

Mais les auteurs admettent que le siège de l'infiltration papullaire, n'est sûrement pas le facteur exclusif des macules atrophiantes et il faut sans doute tenir compte d'une prédisposition spéciale chez certains individus, dont le derme serait fragile et prompt à s'érailler. Il est de même probable que l'action spécifique du tréponème sur le tissu élastique, dans certains cas déterminés, peut être incriminée.

Il faut tenir compte aussi de la durée particulière du processus dans certains cas, car on a noté parfois une progression excentrique de la macule, longtemps après le début de sa formation.

Des examens histologiques ont montré que l'infiltration cellulaire est là tout particulièrement tenace.

En somme les syphilides qui donnent lieu aux macules atrophiques, doivent être considérées comme ayant tout spécialement une évolution lente et progressive, malgré leur faible coloration habituelle.

Les auteurs proposent d'appeler *syphilides papuleuses atrophiantes* (nom proposé pour la première fois par Mibelli) à ces syphilides de siège souvent profond, à évolution lente et action spéciale sur le réseau élastique du derme ; avec

cette restriction que les macules atrophiques peuvent être causées non pas par des papules vraies, plus ou moins profondes, mais aussi par de simples éléments de roséole.

Les auteurs notent en outre que la pigmentation peut manquer complètement dans le processus de la formation des macules atrophiques, celle-ci étant sans doute liée à des altérations du sang extravasé et se trouvant surtout au cou et aux aisselles, où les frottements favorisent l'extravasation sanguine.

* * *

Une nouvelle observation d'un cas d'atrophie récente avec hyperpigmentation est lue à la séance du 2 juillet 1908 de la *Société de Dermatologie*, par Hallopeau et François-Dainville :

Ch. Ferdinand, âgé de 59 ans. Chancre induré en août 1907 ; soigné depuis par la liqueur de Van Swieten et 42 injections de mercure.

Au début de 1908 apparaissent de nombreuses syphilides cutanées, dont on voit le reliquat actuellement. L'éruption présente des éléments en pleine activité et d'autres, en voie de régression. Nous insistons sur ces derniers.

Sur le thorax on trouve une éruption d'élevures conglomérées, non indurées,en groupes irrégulièrement circonscrits, arrondies ou ovalaires. Leurs dimensions sont variables ; elles atteignent jusqu'à 3 cm. sur 2 de diamètre. Les saillies s'effacent sous la pression du doigt, faisant des plissements ; l'épiderme semble devenu trop grand pour recouvrir les parties sous-jacentes. Ces plis s'effacent complètement lorsqu'on vient à distendre les parties. Nulle part il n'y a de dépression. Le plissement des éléments est surtout marqué au niveau de la partie postéro-inférieure du dos. Les saillies mesurent 1 à 2 mm. de hauteur.

Toutes ces plaques sont de couleur rose-foncé, un peu brunâtre. Cette coloration persiste à la distension ou sous la pression du doigt. C'est donc une pigmentation plutôt qu'une vascularisation.

Sur le bras droit on trouve une plaque du volume d'une grosse amande, présentant un plissement analogue, quoique moins prononcé, avec dépression. La peau est plus mince à ce niveau.

« Les particularités de ces éléments seraient dues à leur date « récente. Ce ne sont ni des vergetures, car ils ne s'accom- « pagnent pas de stries, ni des leuco-atrophies, car ils sont « pigmentés au lieu d'être décolorés, et de plus au lieu d'être « aplatis ils sont saillants avec un épiderme plus grand et « plus lâche que les tissus sous-jacents, comme si l'épiderme « résistait au processus atrophique qui amène l'amincissemen « du derme ».

* * *

En 1908 Leven publie le cas d'une malade qui, 6 mois auparavant, fut traitée par l'auteur pour syphilides secondaires avec plaques muqueuses anales. Elle revient consulter pour de très nombreuses taches atrophiques, irrégulièrement disséminées, livides, de la grosseur d'une pièce de 50 centimes à 1 franc.

Dans la coupe d'un élément évolué, on trouve un amincissement de la couche muqueuse de Malpighi et perte de papilles en certains endroits, avec, surtout, disparition des fibres élastiques.

* * *

L'année suivante (1909), Pélagatti présente l'observation d'un homme qui avait été contaminé 6 ans auparavant.

Il présenta trois exanthèmes syphilitiques consécutifs, dont un maculeux (roséole), un maculo-papuleux et un papuleux franc, ce dernier très pigmenté, à la suite duquel se sont graduellement développé *in situ* « des tâches atrophiques blanches, brillantes, légèrement dépressibles, recouvertes d'un épiderme chiffonné, plissé ».

L'auteur a pu observer, *de visu*, cette transformation. L'éruption aurait été du type secondaire mais se rapprochant du tertiarisme.

A l'appui de cette opinion la biopsie montra, dans les éléments jeunes, une infiltration de lymphocytes et cellules épithé-

liales avec cellules géantes, ainsi que des lésions d'endo et périvascularite ;

Sur des éléments plus évolués on trouve du tissu conjonctif de néoformation et une disparition complète des fibres élastiques et partielle des vaisseaux et glandes.

* * *

En 1910, Bohac (dans l'étude mentionnée plus haut) étudie :

1° Un cas de syphilides tertiaires apparues neuf ans après le chancre et suivies de macules atrophiques.

2° L'observation d'une jeune femme qui, un an environ après le chancre, a présenté une éruption de syphilides pustuleuses, lichénoïdes, suivie en partie de cicatrices semblables à celles d'une acné nécrotique, en partie de cicatrices chéloïdiennes qui auraient diminué de volume et pris secondairement l'aspect typique de macules atrophiques.

Cette étude est moins intéressante par les deux cas ci-dessus, que par une étude historique très détaillée sur les macules atrophiques en général, et, surtout, par les idées personnelles de l'auteur qui range les atrophies cutanées d'après leur étiologie, en cinq groupes, dans lesquels il nous paraît, d'ailleurs, confondre les atrophies cicatricielles (lupus érythémateux, acné nécrotique etc.) avec les atrophies vraies.

* * *

En 1916 A. Alexander et Max Zanger rapportent deux cas d'atrophies maculeuses chez des syphilitiques.

Dans la première observation il s'agit d'atrophies post-syphilitiques tertiaires.

La deuxième observation concerne un cas très atypique de lésions molles à surface cornée et pigmentée et où seule la biopsie aurait décelé l'atrophie.

« A.L..., jeune femme de 24 ans est enceinte de 5 mois.

« Le début de l'infection spécifique n'a pu être précisé.

« A l'examen du 29 août 1914 on trouve que, sur la face interne « des deux cuisses, dans leur partie supérieure, ainsi que sur la « face cutanée des grandes lèvres, la peau est parsemée par des « petites tuméfactions, du volume d'un grain de blé à celui d'un « pois, molles et d'une couleur jaune-brun. Ces papules sont très « serrées et montrent dans leur ensemble une certaine ressem- « blance avec un nævus pigmentaire, sauf deux éléments rosés, « lenticulaires, plus rapprochés de la vulve, qui sont certaine- « ment des plaques muqueuses. Le Wassermann est positif.

« Le 11 septembre 1914, sous l'influence du traitement, les « deux plaques muqueuses rétrocèdent lentement. On n'a pas « réussi à y trouver du tréponème. Les autres endroits restent « sans changement. On fait la biopsie d'une des petites papules.

« Le 10 octobre 1914: les papules des régions génitales ont « un peu diminué et sont encore plus molles (comme si les pa- « pules étaient incomplètement remplies par le derme) qu'aupa- « ravant. L'aspect de nævi persiste néanmoins dans ces petites « élevures à la surface cornée. Les plaques muqueuses ont disparu.

« L'examen histologique du fragment biopsié montre une « grosse infiltration formée de lymphocytes, siègeant dans la « couche papillaire et la couche superficielle du derme.

« En d'autres endroits on trouve une structure conjonctive « cicatricielle avec, surtout, perte presque complète des fibres « élastiques. Pas de plasmazellen. Dans toutes les parties du « derme on trouve un pigment diffus. »

En somme il s'agirait ici d'un processus atrophique avec disparition des fibres élastiques, net au microscope, quoique non décelable cliniquement.

* * *

A la séance du 13 novembre 1924 de la *S. F. de D. et S.*, Millian et Périn, qui avaient déjà fait, avec Thibault en 1921, une étude intéressante des syphilides purpuriques atrophiques tertiaires, rapportent maintenant un cas de « *Syphi-*

lides purpuriques secondaires atrophiantes », avec étude anatomo-pathologique détaillée.

Les auteurs présentent M.M. B...,58 ans,ferblantier, qui vient consulter le 23 octobre 1924 pour une éruption généralisée, datant de 4 à 5 mois.

Il présente à la face des lésions papuleuses, infiltrées, de coloration liliacée et du volume d'une lentille. Il présente, en outre des plaques muqueuses bucco-pharyngées et génitales, une adénopathie généralisée et un B.W. +++. L'adénopathie inguinale est bilatérale et prononcée mais pas trace de chancre, qui est passé inaperçu. Le malade n'a jamais suivi de traitement.

« Au milieu de tous ces symptômes de syphilis secondaire « on note sur le tronc, l'abdomen, la région lombo-sacrée et les « jambes, une éruption d'éléments à la fois purpuriques et atro- « phiques.

« Ces éléments, disséminés, au nombre d'une vingtaine en « tout, ont une forme ronde ou ovalaire et leurs dimensions « varient en moyenne d'une pièce de 50 centimes à une pièce « de 2 francs. Dans la région lombo-sacrée du côté gauche, ils « réalisent une vaste nappe, qui atteint les dimensions d'une « grande paume de main. Ils sont nettement purpuriques et la « pression du doigt ne modifie en rien leur aspect. Mais tandis « que certains éléments anciens ont une coloration rouge-vineux « ou rouge-vif, les éléments plus jeunes sont bleuâtres, peu appa- « rents, assez analogues aux taches bleues du phtirius inguinalis.

« Les uns et les autres présentent une atrophie, très remar- « quable de la peau, qui est finement plissée, dépressible, diminuée « d'épaisseur au toucher. Il n'y a pas la moindre infiltration. »

« Le malade a très bien remarqué l'apparition successive de « ces deux ordres d'éléments, qui, d'après lui, remontent les « premiers à cinq mois, les seconds à quelques semaines. Il « est catégorique sur le fait, que les uns et les autres se sont « développés primitivement, sans qu'il y ait eu auparavant, ni « ulcération, ni lésion d'aucune sorte.

« L'aspect des lésions est très démonstratif d'une tache éry- « thémato-purpurique primitive, sans participation nodulaire.

« La biopsie d'un élément ancien, montre un épiderme aminci « en certains points,normal en d'autres. Les papilles ont presque « complètement disparu. Il existe un infiltrat dermique, à pré- « dominance périvasculaire, dans toutes les couches du derme.

« Cet infiltrat, qui réalise de véritables nodules, est constitué « par des lymphocytes, des plasmazellen et quelques cellules « conjonctives. Le tissu conjonctif est en voie de dégénéres- « cence (atrophie fragmentaire).

« Les fibres élastiques ont presque complètement disparu. On « ne trouve pas trace des poils ni des glandes sudoripares.

« Les vaisseaux apparaissent très dilatés, dans toute l'éten- « due du derme ; ils sont le siège d'endocapillarite et il existe « des extravasats sanguins abondants à leur voisinage.

« Les éléments récents sont à peu près identiques ; en parti- « culier l'infiltrat dermique est aussi accusé. Les lésions vascu- « laires sont à un moindre degré, et les extravasats sanguins « moins abondants.

* * *

En mars 1926, Dreyer rapporte un cas d' « *Anetodermia nach Lues* » à la *Koellner Dermatologische Gesellschaft*, et en juin de la même année, Bruhns présente un autre cas à la *Berliner Dermatologische Gesellschaft*.

Il s'agit dans ce dernier cas d'une malade de 20 ans qui eut, deux ans auparavant, une éruption généralisée, qui aurait été squameuse. Cette éruption n'avait pas été alors considérée comme syphilitique et l'examen du sang ne fut pas pratiqué.

Actuellement la réaction de Wassermann est très positive ; le tronc et les extrémités sont parsemés de tâches plates, atrophiques, lenticulaires, qui, de par leur forme et distribution ne peuvent être autre chose qne les séquelles d'une éruption lenticulaire syphilitique. La malade s'est aperçue depuis 1 an 1/2 de l'existence de ces cicatrices. Celles-ci sont finement plissées ; certaines ont une légère tendance vers l'hypertrophie.

Histologiquement, il s'agit d'une perte du tissu élastique du derme. L'anamnèse aurait bien pu faire penser à la tuberculose mais les atrophies présentes sont beaucoup plus plates et régulières que les cicatrices consécutives à des tuberculides papulo-nécrotiques.

* * *

En 1928 le *Bulletin de la S. F. de D. et S.* publie une étude très intéressante au double point de vue clinique et

histologique d'un cas d'« *Atrophie maculeuse post-syphilitique secondaire* », étudié par Burnier et Mlle Eliascheff et illustré des deux photographies, que nous devons à l'obligeance des auteurs de pouvoir reproduire dans cet ouvrage.

Nous croyons utile de la reproduire *in extenso* :

« M. G... 29 ans, a contracté un chancre syphilitique du gland « en janvier 1919 ; il fut soigné à cette époque à l'infirmerie du « régiment par des injections de biiodure, qui n'amenèrent « qu'une légère amélioration.

« En avril 1919, en plein traitement, apparut une roséole généralisée, formée de taches d'un rouge violacé, qui, en disparaissant, laissèrent des vergetures cicatricielles.

« En juin 1919, il est évacué sur le centre de dermato-vénéréologie dirigé par M. Payenneville. Celui-ci constate que le « chancre n'est pas encore cicatrisé ; le Wassermann est positif. « Les vergetures persistent.

« Le malade reçut 7 injections de *novarsénobenzol* qui amenèrent la cicatrisation du chancre. Le Wassermann devint « négatif le 21 juillet. On fait une série de *cyanure*.

« En décembre 1919, le malade revient avec un Wassermann « et un Hecht positifs ; le chancre s'est réulcéré ; il reçoit de nouvelles injections de *novar*, et de *cyanure*. Le chancre se cicatrise ; les vergetures ne sont pas modifiées.

« Le malade s'est soigné jusqu'en 1924 et son Wassermann « demeure négatif depuis 1920.

« Le 8 février 1928, quand nous examinons le malade, nous « constatons l'existence des vergetures précitées, disséminées « sur tout le corps et particulièrement sur le thorax et l'abdomen. Les vergetures arrondies ou ovalaires, disposées suivant « la direction des plis cutanés sont, les unes flasques et atrophiées, flétries et gaufrées, saillantes à la vue, mais facilement « dépressibles au doigt qui palpe, les autres légèrement infiltrées, épaissies dans la profondeur, mais l'épiderme reste tou« jours plissé et atrophique, Toutes ces vergetures sont d'un « blanc mat, qui tranche sur la coloration de la peau voisine.

« Toutes les vergetures (le malade est très affirmatif sur ce « point) ont succédé *in situ*, aux macules roséoliques apparues « après le chancre. Les divers traitements suivis ne les ont nul« lement modifiées. »

« Il est à noter que le malade présente une tendance nette aux « formations atrophiques. Blessé plusieurs fois pendant la guerre, « il porte de nombreuses cicatrices atrophiques, souvent profondes, « au niveau de la 7e côte droite, à l'angle de l'omoplate droite, à « la base de la nuque, à la fesse droite, au mollet droit. Enfin, « autour d'une cicatrice profonde de la région lombaire droite on « constate que tous les points de suture sont le siège de verge- « tures atrophies arrondies.

« Une biopsie fut pratiquée sur les deux variétés de vergetures.

« 1° *Eléments légèrement infiltrés.* — La couche cornée est « lamelleuse et hypertrophiée. La couche granuleuse est conser- « vée ; elle est représentée par une rangée de cellules allongées, « riches en kératohyaline.

« On constate dans plusieurs points une diminution des assises « de cellules épineuses, sans leurs filaments d'union. Une partie « de ces cellules sont gonflées, le noyau est rejeté à la périphérie. « On rencontre de nombreuses mitoses.

« Le corps papillaire, œdémateux, est parcouru de nombreux « vaisseaux dilatés. Ces vaisseaux sont entourés d'un infiltrat peu « dense, infiltrat composé de fibroplastes, de quelques plasmo- « cytes et de cellules rondes.

« Le tissu conjonctif du derme est par places normal, par places « il présente un aspect homogène et très pauvre en cellules con- « nectives.

« Dans le derme supérieur, les vaisseaux lymphatiques et san- « guins sont entourés d'un infiltrat dense composé de fibroplastes, « de rares plasmocytes et de noyaux en pyknose.

« Dans la profondeur du derme, quelques infiltrats en traînées « entourent les vaisseaux, ces infiltrats sont constitués par les « mêmes cellules mentionnées ci-dessus.

« Les glandes sudoripares, sébacées et les poils sont bien con- « servés.

« *Tissu élastique.* — Les fibres élastiques du corps papillaire « sont très réduites ; on ne voit que dans quelques points de la « préparation des fines arborisations. Dans le derme, les fibres « sont courtes et épaisses, en quantité moindre que normale- « ment. Dans le tissu sclérosé, on ne retrouve plus trace de tissu « élastique.

« 2° *Eléments nettement atrophiques.* — La couche cornée est « très hypertrophiée, elle rentre par places profondément dans « l'entonnoir folliculaire.

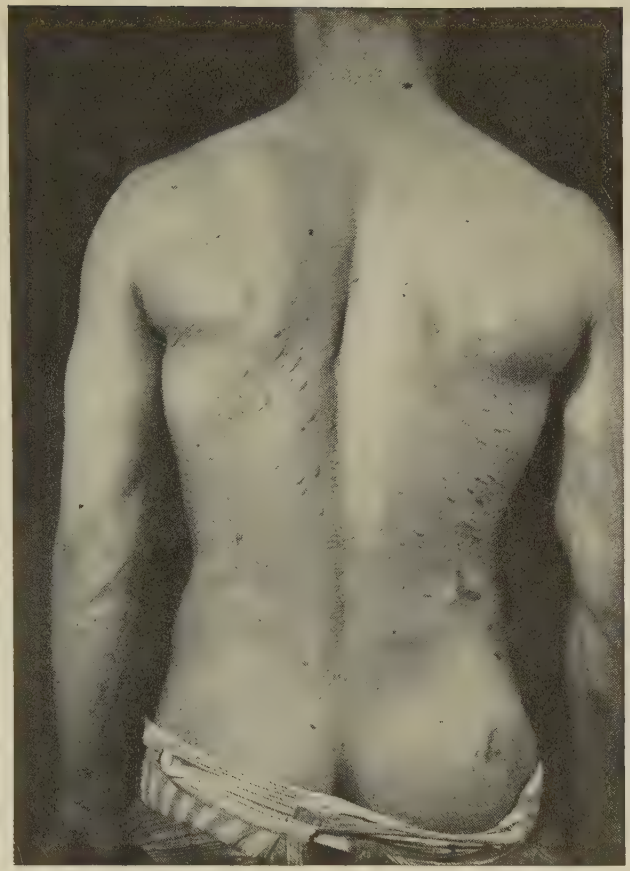

PLANCHE Nº 1.

PLANCHE Nº 2.
(détail des lésions).

« Le corps muqueux est atrophié dans son ensemble : il ne « reste que peu de cellules allongées, très aplaties contenant de « la kératohyaline. Dans plusieurs points le corps muqueux « n'est composé que de deux rangées de cellules épineuses sans « filaments d'union. La plupart de ces cellules sont globuleuses, « le noyau rejeté à la périphérie, le protoplasma œdémateux.

« La couche basale n'a conservé sa disposition normale en « palissade que dans quelques points de la coupe.

« Le corps papillaire est œdémateux, il n'est pas riche en « vaisseaux sanguins. Quelques-uns de ces vaisseaux ont des « parois légèrement épaissies et on trouve, au pourtour, un très « léger infiltrat composé de plasmocytes et de quelques cellules « rondes.

« Une partie du derme supérieur est œdémateuse et est par- « semée de vaisseaux sanguins dont les parois sont normales.

« Ces vaisseaux sont entourés d'un infiltrat peu dense, qui « forme de petits manchons périvasculaires.

« On voit, dans cette partie du derme, des glandes sudori- « pares, sébacées, des poils et des muscles des arrecteurs du « poil très bien conservés.

« Le tissu conjonctif du derme moyen et profond est excessi- « vement pauvre en cellules conjonctives ; il est par places un peu « condensé et on n'y distingue pas sa structure fibrillaire ; par « place il présente un aspect finement granulé ou vitré. On y « trouve de nombreuses glandes sudoripares d'aspect normal.

« Le réseau élastique sous-papillaire est représenté par des « fibres non anastomosées, très fines. Dans plusieurs points ces « fibres font complètement défaut.

« Le derme supérieur et moyen contient un assez grand nom- « bre de fibres élastiques, les dernières sont fragmentées en « tronçons, assez longues. Plus profondément dans le derme, « les fibres deviennent plus épaisses, plus courtes et plus « rares. »

* * *

Enfin MM. Pinard et Rabut présentent à la séance du 11 juillet 1929 de la *Société Française de Dermatologie*, un dernier cas concernant des *syphilides atrophiantes* secondaires. Cette observation tire son intérêt du fait que dans ce

cas le diagnostic aurait pu sembler délicat et aussi du fait que l'on trouve chez ce malade, ainsi que chez celui de l'observation précédente, une prédisposition nette aux atrophies.

Mlle Anne Marie C..., femme de chambre, âgée de 23 ans, vient consulter le 2 avril 1929, pour des lésions cutanées datant d'environ deux mois et occupant principalement la partie supérieure du tronc et de la face.

Il s'agissait d'éléments de différentes tailles mais surtout d'assez grandes dimensions, puisque l'un d'eux atteignait la surface d'une petite paume de main, éléments assez nombreux sur le thorax, notamment sur la région dorsale, purpuriques, cyanotiques même, et surélevés à la façon d'une urticaire. Le diagnostic de syphilides secondaires eut été assez malaisé si l'on n'avait trouvé, à la face des éléments papuleux, plus discrets, se rapprochant davantage du type classique et d'autre part des plaques muqueuses amygdaliennes et des syphilides anales hypertrophiques.

La sérologie, entièrement positive, confirmait d'ailleurs le diagnostic.

Sous l'influence du traitement, les placards s'affaissèrent et pâlirent, assez lentement il est vrai, pour aboutir en fin d'une première série de *novarsénobenzol* à l'aspect qui se présente actuellement.

Ce sont des macules planes, liliacées, déjà nettement atrophiques, à surface légèrement gaufrée et de consistance molle, dépressible.

La biopsie d'un des éléments, pratiquée par Mlle Eliascheff, n'a pas montré de lésions très avancées : seulement papules secondaires en voie de régression avec légère atrophie du corps muqueux de Malpighi.

De même que le malade de Burnier, celle-ci présente une ancienne macule atrophique de la région sacrée, à la suite d'un furoncle. Il y a donc une prédisposition du terrain.

Sans être affirmatifs sur la pathogénie, les auteurs signalent que le métabolisme du calcium fut trouvé très légère-

ment augmenté chez cette malade (0,115 au lieu de 0,095 à 0,110 de normale, d'après Guillaumin).

De même son métabolisme basal fut trouvé augmenté de 23,3 % sur la normale.

DESCRIPTION CLINIQUE

La forme des éléments isolés est régulièrement arrondie ou ovalaire (à grand axe allongé suivant la direction des plis cutanés).

Elles ont en moyenne la dimension d'une pièce de 50 centimes à un franc.

Le relief est très variable ; on les trouve tantôt planes et ne se différenciant que par leur suface, plissée, gaufrée, de la peau voisine ; tantôt elles sont nettement déprimées, non seulement au toucher mais encore à la vue ; dans d'autres cas, enfin, et ce sont, nous semble-t-il, les plus fréquents, les syphilides atrophiques sont nettement saillantes et surélevées de 1-2 mm. au-dessus du plan de la peau saine voisine.

La surface des macules semble fripée, froncée, donnant l'impression d'une fine couche dermo-épidermique distendue, mal revenue sur elle-même et trop grande pour les tissus sous-jacents.

Dans presque tous les cas, la surface est finement plissée de petits plis parallèles entre eux et suivant dans leur ensemble la direction normale des plis cutanés.

Ces plissements sont tantôt spontanés, tantôt n'apparaissent que si l'on fait relâcher, d'une façon ou d'une autre, la peau à leur niveau. Ils disparaissent au contraire lorsqu'on tend la peau qui les entoure, en même temps que leur relief tend à disparaître.

La macule atrophique évoluée est décolorée, recouverte d'un épiderme blanc mat plus ou moins laiteux ou opalin.

Mais cette décoloration, ainsi que la constitution des autres caractères d'une macule atrophique typique demande 18 mois à 2 ans en moyenne (Danlos). Or, beaucoup d'auteurs, décrivent des éléments jeunes, qui gardent encore leur pigmentation ou une teinte plus ou moins rosée ou même purpurique. Ce sont d'ailleurs, les observations les plus intéressantes, car la transformation des éléments spécifiques en macules atrophiques put y être suivie *de visu*.

Le doigt qui palpe l'élément typique, a l'impression de s'enfoncer dans une cupule, une perte de substance du derme, dont on perçoit nettement les bords dans beaucoup de cas.

Sur un élément atrophique, arrivé au terme de son involution, le doigt ne sent que très peu ou pas d'infiltration ; aucune induration. La peau paraît mobile sur ces plans sous-jacents.

A côté de cette forme typique certains éléments peuvent être confluents en placards, plus ou moins polycycliques, sans intervalles de peau saine entre les macules.

Les dimensions d'une macule peuvent varier entre la grosseur d'une lentille et celle d'une pièce de deux francs ; elles dépassent toutefois rarement cette dimension.

Les éléments jeunes sont encore infiltrés ; la dépressibilité au doigt y est peu marquée, leur surface n'est que peu ou pas plissée ; enfin, et surtout, les éléments gardent longtemps la teinte primitive de l'éruption qui leur a donné naissance et peuvent être plus ou moins cuivrés, pigmentés ou même cyanotiques-purpuriques.

Enfin la distribution des syphilides atrophiques secondaires est un facteur de diagnostic très important ; les éléments ont dans l'immense majorité des cas la distribution classique des éruptions secondaires, disséminées sur tout le corps, avec prédominance sur le tronc.

HISTOLOGIE

Nous avons rapporté, au fur et à mesure, les idées anatomopathologiques de chaque auteur et ne reviendrons ici que sur les travaux où l'histologie a été particulièrement étudiée.

La biopsie d'un élément en voie d'atrophie, du malade de Milian et Périn montre :

« Un épiderme aminci en certains points, normal en d'autres. « Les papilles ont presque complètement disparu. Il existe un « infiltrat dermique, à prédominance péri-vasculaire, dans toutes « les couches du derme. Cet infiltrat, qui réalise parfois de « véritables nodules, est constitué par des lymphocytes des plas- « mazellen et quelques cellules conjonctives. Le tissu conjonctif « est en voie de dégénérescence (atrophie fragmentaire).

« Les fibres élastiques ont presque complètement disparu. On « ne trouve pas trace des poils ni des glandes sudoripares.

« Les vaisseaux apparaissent très dilatés, dans toute l'étendue « du derme ; ils sont le siège d'endocapillarite et il existe des « extravasats sanguins abondants à leur voisinage. »

Par contre, la biopsie d'un élément atrophié depuis des années, qui put être pratiquée par Mlle Eliascheff sur le malade qu'elle présenta avec M. Burnier, montrait :

« ... La couche cornée très hypertrophiée est rentrée par « places profondément, dans l'entonnoir folliculaire.

« Le corps muqueux est atrophié dans son ensemble : il ne « reste que peu de cellules allongées, très aplaties, contenant de « la kératohyaline. Dans plusieurs points le corps muqueux n'est « composé que de deux rangées de cellules épineuses sans fila-

« ments d'union. La plupart de ces cellules sont globuleuses, le « noyau réjeté à la périphérie, le protoplasma œdémateux.

« La couche basale n'a conservé sa disposition normale en pa- « lissade que dans quelques points de la coupe.

« Le corps papillaire est œdémateux, il n'est pas riche en vais- « seaux sanguins. Quelques-uns de ces vaisseaux ont des parois « légèrement épaissies et on trouve au pourtour un très léger « infiltrat composé de plasmocytes et de quelques cellules rondes.

« Une partie du derme supérieur est œdémateuse et est par- « semée de vaisseaux sanguins dont les parois sont normales. »

« Ces vaisseaux sont entourés d'un infiltrat peu dense, qui « forme des petits manchons périvasculaires.

« On voit dans cette partie du derme des glandes sudori- « pares, sébacées, des poils et des muscles des arrecteurs des « poils, très bien conservés.

« Le tissu conjonctif du derme moyen et profond est excessive- « ment pauvre en cellules conjonctives ; il est par places un peu « condensé et on n'y distingue pas sa structure fibrillaire ; par « places il présente un aspect finement granuleux ou vitré. On « y trouve de nombreuses glandes sudoripares d'aspect nor- « mal.

« Le réseau élastique sous-papillaire est représenté par des « fibres non anastomosées, très fines. Dans plusieurs points, ces « fibres font complètement défaut.

« Le derme supérieur et moyen contient un assez grand « nombre de fibres élastiques, les dernières sont fragmentées en « tronçons, assez longues. Plus profondément dans le derme, les « fibres deviennent plus épaisses, plus courtes et plus « rares ».

En résumé, on peut considérer comme lésions caractéristiques d'une macule atrophique arrivée au terme de son involution :

a) Une atrophie du corps muqueux de Malpighi et du derme dans son ensemble ;

b) Une très légère infiltration, périvasculaire seulement ;

c) La pauvreté du derme en cellules conjonctives ;

d) Enfin et surtout, tous les auteurs sont d'accord pour

insister sur la diminution ou même disparition des fibres élastiques du derme.

Ces faits sont nettement en faveur d'une atrophie prenant le pas sur les lésions par distension mécanique.

ETIOLOGIE

Cette question d'étiologie des macules atrophiques post-syphilitiques secondaires a été des plus discutées.

Il semble démontré qu'elles peuvent survenir à la suite des papules syphilitiques banales et, plus rarement, succéder à une simple roséole.

Balzer, Darier et d'autres auteurs insistent sur le fait qu'elles succéderaient plus fréquemment à des éruptions peu appréciables cliniquement ou même passées inaperçues du malade.

Balzer et Faure-Beaulieu, notamment disent : « Nous nous « attendions souvent vainement à voir apparaître des macules « atrophiques à la suite de papules volumineuses à centre cupu- « liforme et déprimé, et apparaissant bien devoir dissocier les « éléments du derme ; au moment de la résolution le derme « se réparait complètement et les papules disparaissaient « sans laisser de traces ». Les auteurs supposent qu'il s'agit « vraisemblablement, dans les cas aboutissant à des macules « atrophiques, d'éléments dont l'évolution aurait tendance à « se faire plus en profondeur qu'en surface. » Ils distinguent donc : « 1° des papules superficielles qni ne donnent pas lieu « à la formation de macules atrophiques avec éraillure du « derme, mais seulement un petit plissé ou gaufrage super- « ficiel ; 2° des papules intradermiques, dont l'évolution « produit l'éraillure du derme et la dépression cupuliforme « caractéristique ». Mais ils admettent que le siège de l'infiltration n'est pas le seul facteur de la production des atrophies

et qu'il faut tenir compte, sans doute, de la prédisposition spéciale chez certains individus, dont le derme serait fragile et prompt à s'érailler. De même ils font intervenir la durée particulièrement longue de l'éruption et, peut-être, une action spécifique du tréponème sur le tissu élastique dans certains cas.

Danlos, par contre, estimait que généralement les macules surviennent après une éruption papuleuse très abondante.

Nous croyons de notre côté devoir signaler la fréquence des cas où l'éruption initiale était remarquable par sa forte coloration et où il s'agissait soit de papules dont la teinte rouge-cuivrée était très prononcée, soit de macules roséoliques très rouges, cyanotiques (comme dans les 2 cas inédits et celui de Burnier et Eliascheff) soit enfin, comme dans le cas de Milian et Perin, de taches purpuriques. Nous insistons sur ce fait car les observations ci-dessus sont celles où l'éruption a pu être soit observée par les auteurs, soit bien précisée par le malade lui-même ; tandis que dans la plupart des autres cas, les malades ne pouvaient préciser le type d'éruption, ayant donné naissance aux macules atrophiques.

Malgré la prédisposition des femmes pour les vergetures, même en dehors de la gravidité (36 cas chez des femmes pubères contre 6 cas chez l'homme, d'après une statistique de Schultze) les cas relevés dans cette étude ont atteint hommes et femmes dans des proportions sensiblement égales.

En ce qui concerne les causes prédisposantes, Fournier, Nivet et Danlos font jouer un rôle à l'amaigrissement rapide des malades en période de syphilis secondaire. Cette étiologie ne se retrouve pas dans la grande majorité des cas et Balzer insiste notamment, dans une de ses premières observations, sur l'absence totale d'amaigrissement chez son malade.

Balzer insista au début sur le rôle favorisant de la grossesse.

Dans les cas ultérieurs on ne retrouve que très rarement cette étiologie.

Pinard et Rabut, sans en tirer de conclusions nettes, signalent que chez leur malade, le métabolisme du calcium a été un peu augmenté (0,115 au lieu de 0,095 à 0,110 de normale suivant Guillaumin) et de plus son métabolisme basal avait été trouvé augmenté de 23,3 % au-dessus du chiffre normal.

Burnier et Mlle Eliascheff, d'une part, Pinard et Rabut, d'autre part, insistent sur la prédisposition de leurs malades aux atrophies. Le premier, en effet, présentait de nombreuses atrophies localisées non seulement au niveau de ses blessures de guerre mais encore à l'emplacement de chaque point de suture d'une intervention chirurgicale, antérieure à sa syphilis ; le deuxième de ces malades eut, de même, une macule nettement atrophique à la suite d'un furoncle banal de la région sacrée.

M. Milian, lui, outre le rôle certain de prédisposition individuelle, croit à l'action atrophiante spéciale de certaines races du tréponème de la syphilis.

M. Darier évoque, comme la plupart des auteurs, une prédisposition spéciale de la peau aux atrophies. Cette fragilité de la peau et notamment de son réseau élastique, serait due pour l'auteur, à un trouble endocrinien cortico-surrénal, ce qui n'exclut pas le rôle des infections et auto-toxémies. Cette pathogénie s'applique pour M. Darier aux vergetures banales et aussi, par analogie, aux vergetures rondes post-syphilitiques, surtout celles qui n'ont pas été précédées par des lésions maculeuses ou papuleuses, cliniquement appréciables.

En résumé, il semble que les atrophies maculeuses peuvent succéder à toutes les variétés d'éruptions, même les plus

discrètes, mais seraient particulièrement fréquentes après des papules ou macules hautes en couleur ou même purpuriques.

Quant aux circonstances prédisposantes, nous ne croyons pouvoir retenir que le rôle indiscutable de la prédisposition individuelle ; toutes les autres hypothèses nécessitant une vérification que la rareté des syphilides secondaires atrophiantes rend difficile.

PATHOGÉNIE

Pour Wilson il ne s'agit que de dissociation purement mécanique des fibres élastiques par l'infiltration spécifique.

Fournier, par contre, estime qu'il s'agit d'atrophie du derme identique à celui des vergetures.

Pour Nivet, les papules auraient distendu la couche superficielle de la peau, qui serait devenue trop lâche, trop grande, pour couvrir les tissus sous-jacents.

Pour Balzer (et Vasiliu) il s'agit d'une distension des tissus avec déchirure des fibres élastiques.

Ces lésions seraient dues à l'infiltrat spécifique agissant par une double action : directe = mécanique et indirecte, en occasionnant un obstacle à la nutrition des tissus.

Oppenheimer suppose aussi qu'il s'agit non pas d'atrophie, mais d'une distension avec amincissement de l'épiderme et de la partie superficielle du derme sous-jacent.

Darier et Thibierge estiment également qu'il s'agit d'une pseudo-atrophie.

Pour Hallopeau et Fr. Dainville, tout se passe comme si l'épiderme résistait au processus atrophique qui amène l'amincissement du derme.

Dans son article de 1906 (avec Deshayes) Balzer semble s'orienter plutôt vers la théorie d'action atrophique sur le réseau élastique. C'est aussi l'avis de la plupart des auteurs actuels.

En résumé, nous sommes en présence de deux théories principales :

D'une part, on peut placer les auteurs qui considèrent comme action prépondérante la distension purement mécanique des tissus, par l'infiltrat spécifique. Il n'existe aucune biopsie en faveur de cette hypothèse.

D'autres auteurs estiment qu'il s'agit surtout d'une action atrophiante. Les examens prouvent la véracité de cette dernière théorie, en montrant une atrophie générale du derme avec, surtout, diminution ou disparition des fibres élastiques.

Nous nous rangeons pour notre part à l'hypothèse d'action atrophique prépondérante, mais croyons que la distension et dissociation des tissus, par un infiltrat spécifique plus ou moins superficiel, intervient très probablement aussi et c'est, notamment, à ce mécanisme que nous croyons pouvoir attribuer la saillance plus ou moins grande des éléments au-dessus du plan de la peau normale voisine.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic est facile avec le groupe des atrophies cicatricielles, qui se présentent généralement sous forme de plaques blanches, planes glabres ne présentant habituellement ni la forme, ni l'aspect fripé, froncé, ni le plissé caractéristique des macules atrophiques vraies.

D'autre part on trouve le plus souvent à côté de chaque type d'atrophie cicatricielle, d'autres signes propres à l'affection causale et permettant de trancher le diagnostic. Telles les atrophies cicatricielles du :

Lupus érythémateux, dont le siège de prédilection est à la face et où les atrophies sont associées à l'érythème et à l'hyperkératose ponctuée, cette triade permettant d'en faire le diagnostic dans la majorité des cas.

Naevi atrophiques, qui sont des atrophies congénitales en taches plus ou moins nettement limitées, à peau ridée, souvent jaunâtres et saillantes par l'hypertrophie de l'hypoderme.

Acné nécrotique, qui se distinguera par sa prédilection pour la face, plus rarement au dos ; début caractéristique par des papules roses ou cireuses, dont le centre se ramollit puis se recouvre d'une croûtelle adhérente et enchâssée dans la peau, et qui, en tombant, laisse une cicatrice atrophique.

Cicatrices de varicelle (comme dans une de nos observations) ; le diagnostic se fera sur l'aspect des cicatrices, qui sont petites, déprimées, non plissées, et surtout par l'anamnèse.

Lichen plan atrophique, qui a une prédilection pour le cou ou les poignets ; ces scléro-atrophies sont formées de petites taches finement quadrillées, souvent criblées de petits bouchons cornés, et surtout coexistence fréquente de lichen plan ordinaire, facilitant le diagnostic.

La *mophée en gouttes* ou *white spot disease*, est formé, de même que le type précédent, de taches scléro-atrophiques, lenticulaires ou nummulaires, d'un blanc nacré, siégeant avec prédilection sur le haut de la poitrine, les épaules, le cou, la nuque et la région péri-génitale ; les éléments sont bordés d'un fin liseré rose ou violacé (*lilac ring*) et coexistent dans plusieurs cas avec des plaques ou bandes de sclérodermie nette.

Les folliculites dépilantes, siégeant au cuir chevelu, où on ne trouve que très rarement des syphilides atrophiantes (cas de Nivet), et où elles succèdent à des pustulettes d'acné.

De même la *pseudo-pelade de Brocq*, avec ses taches blanches brillantes, à contours souvent irréguliers, ne sera pas confondue.

La kératose pilaire rouge atrophiante ne siège qu'à la face ou au front ; les atrophies sont précédées d'une rougeur diffuse à surface granitée ; ces caractères et la lenteur de l'évolution ne ressembleut en rien à ceux des syphilides atrophiantes.

De même la *kératose pilaire simple* laisse après sa guérison des petites cicatrices punctiformes à siège caractéristique.

On ne confondra pas non plus les véritables macules atrophiques avec les petites taches atrophiques et leucodermiques associées à la pigmentation et consécutives à diverses distrophies comme le *Xeroderma pigmentosum*.

Dans la *radiodermite*, même sans ulcération, les atrophies

cicatricielles sont associées aux télangiectasies, avec souvent des taches pigmentaires.

Enfin on a vu des cas d'urticaire, érythème banal ou purpura, aboutir à des atrophies cicatricielles.

Plus délicat est le diagnostic avec les *atrophies maculeuses vraies, succédant à des causes autres que la syphilis* (voir étude étiologique de Bohac).

Blzer et Reblaud publient en 1889, l'intéressante observation d'une ancienne syphilitique qut fit des poussées d'érythème polymorphe, avec fièvre arthralgies, etc., aboutissant à des macules atrophiques plus ou moins typiques : « Elé- « ments se présentant sous l'aspect d'une vergeture blan- « châtre, les uns lisses, les autres cupuliformes, présentant « un plissement de l'épiderme, comparables à de petites « cavités kystiques, dont le liquide se serait résorbé ».

Déjà en 1878, Liveing, cite une observation semblable où les macules atrophiques survenaient à la suite d'une éruption non syphilitique.

Le diagnostic se posera donc avec toutes les atrophies maculeuses qui ne seraient pas syphilitiques et que les premiers auteurs expliquaient surtout par un mécanisme de trophonévrose.

Le diagnostic est particulièrement délicat avec les atrophies idiopathiques isolées par Jadassohn sous le nom d'*anétodermie de Jadassohn.*

Il s'agit d'une éruption disséminée, de taches atrophiques, plus ou moins abondantes, prédominant parfois sur la face d'extension des membres, sur les flancs et sur le dos. Le plus souvent elles sont nummulaires et arrondies, quelquefois irrégulières et même en stries. Leur coloration va du rouge violacé au blanc. Au moindre mouvement l'épiderme se plisse à leur surface ; les taches sont molles et donnent l'impression d'un trou creusé dans le derme (Darier).

On voit d'après cette description qu'un diagnostic différentiel clinique avec les syphilides secondaires atrophiques est souvent pratiquement impossible en dehors de l'anamnèse, des autres signes de spécificité et des réactions sérologiques. Il est probable (Jadassohn ne s'en défend d'ailleurs pas) qu'un certain nombre de macules dites idiopathiques sont des séquelles de syphilides méconnues.

Le diagnostic différentiel avec les *vergetures banales* se fera facilement par la distribution des lésions qui sont disséminées pour les macules syphilitiques. Les vergetures par contre siègent généralement sur l'abdomen, les flancs et la face interne des cuisses.

La forme des vergetures, qui sont allongées en stries transversales, est tout à fait caractéristique ; enfin l'anamnèse permet de rapporter les vergetures à une grossesse, ascite, amaigrissement rapide ou autre cause semblable.

Enfin dans le cadre même de la syphilis il sera facile de différencier les macules atrophiques post-syphilitiques secondaires des lésions cicatricielles ou même atrophiques, consécutives à des lésions tertiaires.

Les syphilides tertiaires laissent généralement des reliquats à type cicatriciel ou même chéloïdien. Herscher, dans son observation (voir *supra*), met très bien en valeur les différences entre ces deux ordres d'éléments, atrophiques d'un côté, cicatriciels de l'autre. Toutefois, *des lésions tertiaires ayant abouti à des atrophies cutanées vraies*, sont étudiées par plusieurs auteurs.

Balzer et Galup en rapportent deux cas en 1907.

Bohac cite un cas en 1910.

Alexander et Zenger en rapportent un autre en 1916.

Enfin Millian, Perrin et Thibault en font en 1921 une étude clinique et histologique détaillée.

Cliniquement, les atrophies tertiaires sont assez semblables aux macules atrophiques secondaires, présentant comme elles, une dépression centrale, en godet, avec perte de substance nette, sans infiltration aucune au palper. La couche superficielle, souvent gaufrée, est amincie et se plisse aisément.

L'examen histologique d'une plaque atrophiée tertiaire, montre surtout un infiltrat cellulaire plus ou moins serré, à prépondérance périvasculaire et occupant tout le derme où il remplace le tissu conjonctif, presque entièrement disparu ; les fibres élastiques ont disparu, surtout dans la couche moyenne du derme. L'épiderme est irrégulièrement aminci.

Le diagnostic est néanmoins assez facile et se basera principalement sur les plus grandes dimensions habituelles des plaques d'atrophie tertiaire, qui peuvent atteindre 10 à 12 centimètres (cas de Milian, Perrin et Thibault) ; sur leur bord souvent polycyclique, sur l'infiltration périphérique fréquente ; il se basera surtout sur la distribution beaucoup plus localisée de ces lésions n'occupant généralement qu'une seule région du corps ; enfin sur l'anamnèse et la coexistence d'autres lésions tertiaires.

En résumé, les macules atrophiques post-syphilitiques secondaires seront plus ou moins facilement reconnues et différenciées des *atrophies cicatricielles*, des *vergetures* et même des *lésions atrophiques de la syphilis tertiaire*.

Le seul diagnostic délicat, et même pratiquement impossible par le seul examen clinique, se posera avec les atrophies maculeuses, dites idiopathiques, l'*anétodermie de Jadassohn*, en particulier.

CONCLUSIONS

1° Il faut entendre par syphilides secondaires atrophiques, toutes les atrophies localisées de la peau, consécutives à des macules ou papules de la période secondaire de la syphilis. C'est une évolution très rare des syphilides secondaires ;

2° Les syphilides atrophiques sont encore désignées sous les noms de « vergetures syphilitiques », « leuco-atrophies syphilitiques » ou « macules atrophiques syphilitiques » ;

3° Wilson a eu le premier l'idée de l'étiologie syphilitique possible de certaines macules atrophiques. Fournier en donne une description clinique très précise et beaucoup d'autres auteurs publièrent des observations sur ce sujet;

4° Les syphilides secondaires atrophiques sont en général facilement reconnaissables par leur distribution disséminée, leur forme arrondie ou ovalaire, leur décoloration, leur surface gaufrée ou plissée et leur dépressibilité au palper.

Certains de ces caractères peuvent varier. De plus les éléments en voie d'atrophie sont plus ou moins colorés, pigmentés ou purpuriques et souvent infiltrés;

5° L'histologie des macules atrophiques montre une atrophie générale du derme avec, surtout, disparition de ses fibres élastiques ;

6° Les macules atrophiques peuvent succéder à tous les types de macules ou papules de la période secondaire et même à des éléments passés inaperçus. Toutefois elles semblent plus fréquentes après des papules très colorées ou des macules cyanotiques ou purpuriques. Les causes détermi-

nantes sont encore inconnues mais une prédisposition de certaines peaux aux atrophies est indiscutable et, peut être, une action atrophiante spéciale de certains tréponèmes;

7° Les macules atrophiques post-syphilitiques secondaires semblent dues à un mécanisme complexe où intervient surtout une action atrophiante sur le derme et, vraisemblablement aussi, la distension et dissociation des éléments de celui-ci par l'infiltrat spécifique;

8° Le diagnostic des syphilides secondaires atrophiques est facile avec les différentes atrophies cicatricielles, les vergetures banales et même les atrophies post-syphilitiques tertiaires mais il est particulièrement délicat avec certaines atrophies maculaires dites idiopathiques, dont l'anétodermie de Jadassohn.

L'étude des syphilides secondaires atrophiques peut présenter un intérêt pratique pour le diagnostic rétrospectif d'une syphilis et peut même avoir, dans certains cas, comme disait Balzer en 1888, un intérêt médico-légal.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Wilson.** — On striae et maculae atrophicae or false cicatrices of the skin. *Journ. of cut. medecine*, 1868, t. I, p. 140-147.
2. **Liveing (Robert).** — Clinical observation on maculae atrophiae. *The Britisch Medical Journal*, 1878, p. 83.
3. **Celso Pelizzari.** — Eritema orticato atrofizzante. *Giornale Ital. del mal vener*, 1884. Réfer. th. Vasiliu.
4. **Kaposi (M.).** — *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* Réfer. : Bohac.
5. **Mibelli.** — *Trattato di dermatologia generale*, 1891. Réfer. : Bohac.
6. **Fournier (A.).** — *Traité de la syphilis*, t. I, p. 274.
7. **Nivet.** — Macules atrophiques cutanées ayant succédé à l'éruption interstitielle d'une syphilide secondaire atrophique. *Annales de Dermatologie*, 1887, p. 641.
8. **Balzer.** — Vergetures consécutives à des syphilides secondaires. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1887, p. 404.
9. **Balzer.** — Vergetures ou macules atrophiques chez un syphilitique. *France Médicale*, 1888, p. 302.
10. **Balzer et Reblaub.** — Contribution à l'étude des vergetures arrondies ou macules atrophiques consécutives aux éruptions syphilitiques et non syphilitiques. *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 617.
11. **Vasiliu (P.).** — Contribution à l'étude des vergetures et principalement des vergetures arrondies (macules atrophiques). *Thèse de Paris*, 26 mars 1890, n° 157.
12. **Oppenheimer (Ed.)** (Clinique du Pr Wolff, Strasbourg). — Uber einen Fall der sogenannten circumscripter Atrophie der Haut nach secundärer Syphilis. *Archiv. fur Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 361.
13. **Danlos.** — Vergetures syphilitiques en plaques ovalaires. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1897, p. 249.

14. **Danlos.** — Vergetures syphilitiques. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1898, p. 434.

15. **Danlos.** — Vergetures syphilitiques du tronc. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1899, p. 23.

16. **Danlos.** — Vergetures syphilitiques du tronc. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1899, p. 212.

17. **Herscher.** — Leuco-atrophies cutanées consécutives à des syphilides. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1899, p. 448.

18. **Mibelli-Parma.** — *Réunion médico-chirurgicale de Parme*, 2 mars 1900. Refer. : Maculae atrophica bei einem Syphilitiker. *Monatsh. fur prakt. Derm.*, 1900, t. XXX, p. 410.

19. **Balzer** et **Lecornu.** — Macules atrophiques succédant à des syphilides papuleuses ou en nappe. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1901, p. 327.

20. **Balzer** et **Beaulieu.** — Macules atrophiques post-papuleuses. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1903, p. 118.

21. **Danlos** et **Deherain.** — Macules atrophiques syphilitiques. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1906, p. 152.

22. **Balzer** et **Deshayes.** — Contribution à l'étude des syphilides atrophiantes. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1906, p. 152.

23. **Balzer** et **Galup.** — Syphilides tuberculeuses zoniformes avec cicatrices atrophiques. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1907, p. 360.

24. **Balzer** et **Galup.** — Syphilides tuberculeuses en nappe avec cicatrices atrophiques et atrophies diffuses. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1907, p. 463.

25. **Hallopeau** et **François-Dainville.** — Sur un cas de syphilides papuleuses avec atrophie et hyperpigmentation. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1908, p. 238.

26. **Leven.** — Beitrag zur Kenntnis der atrophia maculosa cutis. *Monatshefte fur Pr. Dermat.*, 1908, t. XLVI, p. 321.

27. **Pelagatti (Mario).** — Beitrag zum Studium der Maculae atrophicae. *Monatshefte fur pr. Derm.*, 1909, t. XLVIII, p. 1.

28. **Bohac** (Clinique de Prague). — Uber Maculae atrophicae... *Arch. fur Derm. und Syphilis*, 1910, t. CIII, p. 183.

29. **Alexander (A.)** et **Zenger (Max).** — Uber Atrophia cutis maculosa luetica. *Dermatologische Zeitschrift*, 1916, t. XXIII, p. 1.

30. **Milian, Perrin** et **Thibault**. — Syphilides papuleuses atrophiques. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1921, p. 329.

31. **Milian** et **Perrin**. — Syphilides purpuriques atrophiantes. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1924, p. 464.

32. **Dreyer**. — Anetodermia nach Lues (Atrophien nach Luesnarben). Séance du 12 mars 1926 de la *Koellner Derm. Gesell.*

33. **Bruhns**. — Anetodermia cutis maculosa luetica. Séance du 8 juin 1926 de la *Berliner Dermatologische Gesellschaft.*

34. **Burnier (M.)** et **Eliascheff (Mlle)**. — Atrophies maculeuses post-syphilitiques secondaires. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1928, p. 556.

35. **Pinard (M.)** et **Rabut**. — Syphilides atrophiantes. *Bulletin de la S. F. de D. et S.*, 1929, p. 647.

675. — Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve & Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-30